

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 7.

DE L'ANASTOMOSE

des systèmes porte et cave

DANS LE TRAITEMENT DES CIRRHOSES

(Opération de Talma et ses dérivés)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André FABRE

Ex-interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

Né à Lyon, le 5 février 1882.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS 8

—
1909

DE
L'ANASTOMOSE DES SYSTÈMES PORTE ET CAVE

DANS LE
TRAITEMENT DES CIRRHOSSES
(Opération de Talma et ses dérivés)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547127_0011

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 7.

DE L'ANASTOMOSE

des systèmes porte et cave

DANS LE TRAITEMENT DES CIRRHOSSES

(Opération de Talma et ses dérivés)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André FABRE

Ex-interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

Né à Lyon, le 5 février 1882.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS 8

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, CAZENEUVE, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. X... BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. ROQUE. COLLET. PAVIOT. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales		
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies des femmes		
Physique médicale		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie et Thérapeutique générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie		

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	M. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD.	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. REGAUD.	MM. J. LEPINE.	MM. MOUNEYRAT.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	LATARJET, ch..
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	BÉRIEL, ch..
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	BRETIN, ch..
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
TIXIER.	PATEL.	NOGIER.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, *Président*; M. VILLARD, *Assesseur*;
MM. GAYET et PATEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

HOMMAGE
A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET
A MA MÈRE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PONCET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon,
Correspondant de l'Académie de Médecine.

A mon oncle,

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon,
Chirurgien des Hôpitaux.

Qu'il me soit permis de remercier ici les maîtres qui pendant sept ans ont guidé mon éducation médicale.

DANS LES HOPITAUX LYONNAIS

EXTERNAT

- M. VALLAS, chirurgien des hôpitaux, professeur de pathologie externe.
- M. NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.
- M. GAREL, médecin des hôpitaux.
- M. VILLARD, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.
- M. JOSSERAND, médecin des hôpitaux.
- M. MOLLARD, médecin des hôpitaux.

INTERNAT PROVISOIRE

- M. MOUISSET, médecin des hôpitaux.
- M. MOLLARD, médecin des hôpitaux.
- M. PAVIOT, professeur d'anatomie pathologique, médecin des hôpitaux.
- M. JABOULAY, professeur de clinique chirurgicale.

DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

- M. GEREST, médecin des hôpitaux.
 - M. MARTEL, chirurgien des hôpitaux.
 - M. NORDMAN, médecin des hôpitaux.
 - M. BLANC, chirurgien des hôpitaux.
-

AVANT-PROPOS

Ce travail nous a été inspiré par notre oncle, M. le Dr Villard à propos d'une adaptation nouvelle des idées de Talma dans le traitement des cirrhoses du foie.

Nous tenons à lui apporter ici le témoignage de notre affection profonde, de notre reconnaissance la plus vive pour la bienveillance avec laquelle il nous a guidé au cours de nos études médicales, et nous n'oublierons pas que grâce à lui nous avons toujours rencontré dans le milieu hospitalier, auprès de nos maîtres comme auprès de tous, un accueil empreint de la cordialité la plus sincère.

M. le professeur Poncet fut, il y a sept ans, notre premier maître dans les hôpitaux lyonnais. Nous nous sommes plu, en raison de ce souvenir, à aller le trouver au terme de nos études; il nous a accueilli, comme par le passé, avec la plus grande bienveillance, et a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons ici l'expression de notre gratitude la plus vive.

M. le professeur Paviot a toujours été pour nous un maître dévoué; dans maintes circonstances, son amitié et sa bonté se sont affirmées; notre reconnaissance lui est toute acquise.

CHAPITRE PREMIER

Historique et exposé de la question.

C'est à Talma que revient l'idée de créer des anastomoses artificielles entre les branches du système porte et du système cave pour diminuer l'hypertension portale et atténuer ses conséquences; c'est à ce titre que cet auteur introduisit l'omentopexie dans la thérapeutique des cirrhoses du foie.

L'hypothèse de Talma s'appuie sur des données anatomo-cliniques. On connaît, en effet, des cas de cirrhoses atrophiques ayant évolué sans ascite et où l'on a trouvé à l'autopsie des adhérences vasculaires ayant assuré la circulation du sang portal. D'autre part, l'épiploon, par son réseau vasculaire très abondant, par la finesse de l'épithélium qui le recouvre, se trouve dans d'excellentes conditions pour remplir le but d'une circulation par adhérences. Les cas sont nombreux où l'épiploon, après l'intervention, prit un grand développement, ses adhérences jouant un rôle adjuvant dans la circulation sanguine.

C'est Kummel (de Hambourg) qui pratiqua la première opération d'omentopexie. Cette opération fut exé-

cutée à l'insu du chirurgien; celui-ci, en effet, au cours d'une laparotomie, alors qu'il refermait la paroi, enclava entre les points de suture une partie de l'épiploon qui demeura fixé dans la plaie. Les publications de Talma lui permirent de comprendre ultérieurement les conséquences heureuses de cette opération involontaire. Le premier chirurgien qui pratiqua, à l'instigation de Talma, l'omentopexie, fut Van Der Meulen, en 1889. L'observation ne fut pas publiée; il est probable que l'opéré mourut peu de temps après l'intervention. La seconde opération est due à Scheckly (1891). L'opéré mourut quinze jours après d'infection péritonéale accidentelle. Le premier succès opératoire est dû à Lens (1891), un élève de Talma. La survie fut de cinq mois et demi. En 1900, Frazier ne connaissait que 14 cas d'omentopexie, il en existait en réalité 38, d'après les recherches de Monprofit. Depuis cette époque, les observations se multiplient et, dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1904, Monprofit en cite 224.

En France, les premières omentopexies ont été pratiquées par Vidal (de Périgueux) en 1898, Monprofit, Dubourg et Mongour, Villar et Mauclaire. Malgré les conclusions favorables présentées au Congrès de chirurgie de 1904 par Monprofit, l'opportunité de l'omentopexie fut très discutée par de nombreux chirurgiens. Relatons, ces dernières années, les publications de Lieblein (de Prague), de Maiocchi (de Milan), de Koglosky (de Saint-Petersbourg), de Koch, de Bogogaulensky. L'étude de ces travaux donne l'impression d'un certain flottement dans l'opinion des auteurs; il semble même que l'opération de Talma ait perdu beaucoup de l'intérêt qu'elle

avait suscité au début, et qu'elle ait tendance à disparaître de plus en plus du traitement des cirrhoses. Peut-être une telle sévérité à son endroit n'est-elle pas justifiée; quelques opérations que nous rapportons semblent plaider en sa faveur; aussi, le but de ce travail est-il de voir si réellement elle doit être abandonnée, et si les perfectionnements de la technique opératoire contemporaine ne peuvent pas en faire espérer de meilleurs résultats. On peut se demander si les procédés modernes d'anastomoses vasculaires, suivant la méthode de Carrel, en créant des voies de dérivation plus larges que l'omentopexie, moins dangereuses que l'anastomose porto-cave, ne pourraient pas donner des statistiques meilleures.

Ce sont ces considérations qui ont suggéré à M. Villard l'idée de pratiquer une anastomose des territoires de la veine porte et de la veine cave au niveau de leurs branches et non pas au niveau des troncs de ces vaisseaux. Il a réalisé cette idée théorique dans un cas opéré avec M. Tavernier et dont nous rapporterons l'observation plus loin.

Mais avant de proposer une pareille intervention, il est tout d'abord nécessaire de savoir si l'opération de Talma est elle-même justifiée. Le but de notre travail sera donc de faire une analyse critique de l'opération de Talma; nous ne reproduirons pas, à cet effet, toutes les observations ou statistiques, notre but sera plus modeste, et consistera à montrer, par quelques observations-types que le Talma peut donner de bons résultats dans certains cas, malgré une grosse mortalité; ceci étant, nous étudierons les meilleurs moyens d'en réaliser le principe, et nous envisagerons enfin les résultats que l'on est en droit d'en attendre.

CHAPITRE II

L'opération de Talma est-elle justifiée ?

Nous venons de voir que l'opération de Talma, d'après la conception de l'auteur, a été instituée pour lutter par une voie dérivative contre l'hypertension portale.

Parmi les signes les plus généralement attribués à cette dernière, il convient de citer l'ascite, qui, par sa fréquence, sa netteté, son importance dans les cirrhoses du foie, mérite une attention particulière. Longtemps, en effet, l'ascite fut considérée comme un témoignage fidèle de l'hypertension, cependant un certain nombre d'objections sont venues ébranler cette conception théorique, certains auteurs sont même allés jusqu'à voir dans l'hypertension portale un effet de l'exsudation séreuse.

Nous allons esquisser les diverses théories émises sur la pathogénie de l'ascite.

La théorie de Talma, la plus généralement admise, du moins jusqu'à ces dernières années, est la suivante : Hypertension mécanique dans le système portal, par obstacle mécanique et comme conséquence : transsudation de la sérosité dans la cavité péritonéale. « L'ascite, conclut Alexandre, dans sa thèse, est avant tout un symp-

tôme d'ordre mécanique, qui fait partie du syndrome de l'hypertension portale, que l'on doit rechercher avec soin dans toute cirrhose alcoolique. » Cette théorie mécanique se heurte à de nombreuses objections.

Vidal (de Périgueux) a fait remarquer que les capillaires d'origine du système porte se trouvent en majeure partie dans les villosités de la muqueuse intestinale, et non dans le péritoine. « Comment admettre alors, dit-il, si la théorie mécanique est seule vraie, que cette exsudation séreuse se fasse dans l'abdomen et non dans l'intestin, que l'on ait de l'ascite et non de la diarrhée, sauf quelques cas exceptionnels. »

Nous remarquerons que la diarrhée, loin d'être un signe d'exception au cours des cirrhoses alcooliques, semble relever de la symptomatologie courante de cette affection.

Jayle s'élève également contre la théorie mécanique. « Supposons, dit-il au Congrès français de chirurgie de 1904, que le foie soit dans une cavité péritonéale et que l'intestin soit dans une autre cavité péritonéale, et rendons le foie cirrhotique. Si la théorie de l'hypertension portale est vraie, le liquide sera dans la cavité qui contient l'intestin; si c'est au contraire la théorie de la péritonite chronique qui est exacte, le liquide sera dans la cavité contenant le foie. L'expérience physiologique basée sur ces données est peut-être impossible à faire, mais j'ai eu l'occasion d'observer, il y a plus de dix ans, un cas pathologique, qui la réalise parfaitement. J'ai fait l'autopsie d'un homme atteint de cirrhose et d'ascite considérables. Par suite d'une disposition congénitale tout l'intestin grêle était contenu dans un diverticule périto-

néal, si bien que la cavité abdominale proprement dite ne renfermait que l'estomac, le foie et le gros intestin. Or, dans la poche renfermant l'intestin grêle, il n'y avait pas une goutte de liquide, et dans la cavité abdominale surdistendue, on en retira 15 litres sur la table d'autopsie. J'ajoute que le péritoine de la poche diverticulaire était normal, et que celui de la grande cavité présentait tous les signes de l'inflammation chronique. »

Dans le domaine de l'expérimentation, la théorie mécanique rencontre également des objections. Claude Bernard a effectué chez le chien des ligatures plus ou moins serrées de la veine porte; il créait ainsi des obstacles à la circulation en retour du sang, tout en ne provoquant pas d'interruption complète. La tension portale se trouvait plus ou moins augmentée en amont de la ligature. A la suite de ces expériences, jamais l'ascite n'attira l'attention.

Castaigne et Bender, pour rechercher les causes de mort dans la ligature brusque de la veine porte, ont sacrifié de nombreux chiens; l'ascite ne fut jamais signalée. Si l'on objecte qu'elle n'a pas eu le temps de se produire, la mort de l'animal survenant brusquement, on pourra répondre, avec Charlier, que la survie étant suffisante pour qu'une diarrhée sanglante puisse apparaître, si l'ascite provenait également de l'hypertension portale, aucune raison ne l'empêcherait de se manifester.

Des expériences de Vidal (de Périgueux) sont encore plus démonstratives :

« On saigne à blanc un gros chien, immédiatement après la mort le ventre est ouvert; la veine porte, détachée à son entrée dans le foie, reçoit une canule communi-

quant avec un bock irrigateur contenant de la solution tiède de NaCl à 9 p. 1000.

« L'artère mésentérique supérieure est liée à son origine sur l'aorte; l'iléon est détaché du cæcum, ils reçoivent l'un et l'autre une canule ouverte à l'extérieur. Puis le ventre est refermé, l'animal est roulé dans des couvertures avec des boules d'eau chaude pour maintenir sa température et le placer dans des conditions aussi normales que possible. La pression du liquide dans le système porte peut varier avec la hauteur de l'appareil au-dessus du plan de la table. Sous une pression de 30 centimètres d'eau, on obtient au bout d'un quart d'heure un écoulement continu quoique lent, par la canule iléale; rien ne sort du gros intestin. Trois quarts d'heure plus tard, le ventre est rouvert : aucune trace de liquide dans le péritoine. »

Une objection se présente de suite : peut-on conclure de l'animal sain à l'homme atteint de cirrhose ? « Oui, répond Charlier, rapportant cette expérience dans sa thèse, et d'autant mieux qu'on se rattache plus étroitement à la théorie mécanique qui localise la lésion, soit dans le foie (sclérose ou hypertrophie), soit dans un territoire important de la veine porte (thrombose), permettant ainsi de conclure à l'intégrité relative des capillaires et petits vaisseaux d'origine. »

La majorité des auteurs, adversaires de la théorie mécanique, attribuent l'ascite à l'inflammation péritonéale. Dans les cirrhoses, les phénomènes pathologiques développés du côté du foie, des origines du système porte et de la muqueuse gastro-intestinale, provoqueraient, par transmission lymphatique, la réaction de la séreuse péritonéale.

Chauffard prétend, d'autre part, qu'il ne faut attribuer à l'état du péritoine, dans la pathogénie de l'ascite, qu'« un rôle accessoire et d'exception ».

Une troisième théorie, présentée et défendue par des auteurs anglais, Hale et White, que l'on peut dénommer théorie antitoxique, voit dans l'ascite une conséquence d'un état toxique du sang, déterminé par l'insuffisance hépatique. Cette conception est séduisante, elle permet d'expliquer certains résultats favorables de l'omentopexie dans la cirrhose hypertrophique, où la théorie mécanique ne peut trouver son explication, les vaisseaux sanguins étant demeurés perméables. Elle présente un autre mérite, elle attire l'attention sur l'état de la cellule hépatique dans les cirrhoses; le degré plus ou moins avancé d'insuffisance hépatique devant commander l'intervention ou l'abstention. Ajoutons que le degré d'altération du tissu hépatique peut être décelé par les procédés de laboratoire, comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur.

Telles sont, brièvement passées en revue, les diverses théories relatives à la pathogénie de l'ascite dans les cirrhoses.

Il semble, d'après cet exposé, que l'opération de Talma soit complètement à rejeter, car elle reposerait sur un principe faux; mais en réalité, les idées théoriques doivent s'incliner devant les faits, et nous rapporterons plus loin un certain nombre d'observations dans lesquelles le Talma a eu de très heureux résultats. Aussi nous semble-t-il qu'il ne faille pas attacher une importance absolue aux théories que nous venons de rapporter, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elles visent toutes

uniquement la pathogénie de l'ascite; or l'ascite n'est qu'une manifestation parmi les différentes conséquences de la cirrhose, traitement de l'ascite ne veut pas dire traitement de la cirrhose. A côté d'elle existe tout l'ensemble des phénomènes pathologiques directement sous la dépendance de l'hypertension. Rappelons-les brièvement. Ce sont les troubles de la sécrétion urinaire, opsiurie et oligurie, hypertrophie de la rate, diarrhée, hématomèses, hémorragies intestinales, anévrysmes de la carotide avec hémorragie cérébrale consécutive. Nous ne chercherons certes pas une justification de l'intervention sanglante dans les troubles urinaires, pas plus que dans l'hypertrophie de la rate, mais une diarrhée persistante, rebelle aux médications, des hématomèses ou des hémorragies intestinales, peuvent constituer une indication opératoire suffisante. Le bien-fondé de l'opération se retrouve sous le contrôle de l'expérimentation. En effet, la ligature brusque de la veine porte produit la mort rapide chez les animaux, avec des phénomènes diarrhéiques et hémorragiques intenses au niveau de l'intestin. Si l'on pratique la greffe de l'intestin, les hémorragies tendent à disparaître, et la survie de l'animal est de plus longue durée.

L'ascite, bien que d'une indication moins évidente, nous semble devoir bénéficier elle aussi de cette intervention. Au point de vue clinique nous verrons que celle-ci a eu bien souvent une heureuse influence sur elle; et au point de vue théorique peut-on raisonner de l'animal sain à l'homme pathologique, et conclure que d'une exsudation séreuse absente chez un animal à foie sain, celle-ci ne se produira pas chez un individu à cellules hépatiques altérées.

Dans la communication de MM. Villard et Tavernier, ces auteurs admettent que l'épanchement ascitique peut très bien être sous la dépendance de l'action combinée du foie malade et de l'hypertension portale, considérant qu'une hypertension portale insuffisante pour produire à elle seule l'exsudation péritonéale, peut aboutir à la formation d'ascite si le parenchyme hépatique est altéré, quelle que soit la cause primitive de cette altération, sclérose (alcoolisme) ou inflammation (syphilis, tuberculose (Poncet). Il nous semble donc que ce chapitre doive conclure à la justification de l'opération de Talma.

CHAPITRE III

Opération de Talma. — Procédés opératoires.

Envisageant l'opération de Talma au point de vue général, c'est-à-dire comme une opération destinée à créer une dérivation du sang portal, nous devons étudier les diverses méthodes qui la réalisent, en ajoutant que fréquemment l'un ou l'autre de ces procédés ont été combinés chez le même malade.

Il existe quatre moyens de réaliser la dérivation porto-cave : la suture de l'épiploon à la paroi, ou omentopexie ; la suture de la rate, splénopexie ; du foie, hépatopexie ; la suture vasculaire enfin, ou porto-cave directe. Dans le chapitre suivant nous parlerons du procédé proposé par MM. Villard et Tavernier.

A. — Procédé s'adressant à l'épiploon. — Omentopexie.

Cette opération comprend deux temps : la laparotomie et l'omentopexie proprement dite.

1° *Laparotomie*. — Dans cette première partie de l'opération, nous n'insisterons que sur l'incision, et rapporterons à cet effet le tableau suivant tiré du rapport de Monprofit au Congrès de chirurgie de 1904.

A INCISION SIMPLE UNIQUE	{	1° Médiane et verticale	{	Sous-ombilicale. Sus-ombilicale. Sus et sous-ombilicale (procédé de Terrier).
		2° Latérale droite parahépatique	{	a) oblique { Parallèle au rebord des fausses côtes. b) verticale { Bord externe du muscle droit à droite.
B INCISION COMPLEXE	{	a) Incision horizontale semi-lunaire ou circulaire, péri-ombilicale ; b) Incision en L ou en T (combinaison de l'incision latérale ci-dessus avec une incision horizontale ou oblique, procédé de Schiassi .		

2° *Omentopexie proprement dite.* — Avec Villar et Monprofit, nous étudierons les différents procédés de fixation de l'épiploon d'après la façon même dont l'épiploon est fixé.

a) Fixation à la face profonde du péritoine. C'est le procédé de Morison, le plus fréquemment employé.

b) Fixation entre le péritoine et les muscles. C'est le procédé de Schiassi.

c) Fixation sous la peau. C'est le procédé de Pascal, complètement abandonné à l'heure actuelle.

I. — FIXATION SÉREUSE

a) Procédé de Eiselberg.

Cet auteur fixait l'épiploon dans la plaie même de la paroi. Cette opération est délaissée.

b) Procédé de Morison.

Cette méthode consiste à fixer en travers de la paroi

abdominale l'épiploon que l'on a attiré en avant, et sans que l'on touche à la plaie de la laparotomie. C'est le procédé classique.

c) Variante de Terrier.

Ce chirurgien fixe l'épiploon à la face interne du péritoine, sur les limites de la région ombilicale.

Ce procédé, exposé dans la thèse d'Alexandre, présente l'avantage d'être simple et sans gravité.

« Il comprend les temps suivants (1) : *a*) incision sus et sous-ombilicale médiane de la paroi abdominale antérieure; *b*) évacuation du liquide avec le manchon d'un aspirateur à kyste de l'ovaire; *c*) l'examen des viscères abdominaux, en écartant, sans mettre les mains, et l'étalant du grand épiploon; *d*) des sutures prenant la face interne du péritoine pariétal et le grand épiploon, à distance des lèvres de la plaie; *e*) la suture de la paroi par étages, en reprenant l'épiploon dans le plan péritonéal sans le faire émerger entre les sutures. »

II. — FIXATION INTRA-PÉRITONÉO-MUSCULAIRE

Ce procédé consiste à fixer l'épiploon au niveau de l'espace cellulaire situé au-dessous de la couche musculaire de la paroi abdominale. Il a été successivement décrit par Schiassi, Villar (de Bordeaux) et Roger. Nous allons décrire le procédé typique de Schiassi, encore appelé intramural par les Américains. Il comprend cinq temps :

1° Incision de la peau, suivant une ligne verticale de 15 à 20 centimètres de long partant du rebord costal droit

(1) An. thèse Alexandre, *Rev. de Chirurgie* 1904, juin p. 28 et rapport de Monprofit, Congrès de chirurgie, 1904.

et se dirigeant vers la fosse iliaque; une deuxième incision perpendiculaire à la première, partant de l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen, passant au-dessus de l'ombilic et se terminant au niveau de l'épigastre, à quelques centimètres au delà de la ligne médiane. L'on sectionne successivement la peau, le fascia et les muscles.

2° Ouverture de la cavité abdominale. Le péritoine est légèrement incisé de façon à laisser s'écouler le liquide ascitique, les deux lambeaux musculo-cutanés sont rabattus, l'un en haut, l'autre en bas, puis la séreuse est sectionnée suivant les deux lignes des téguments.

3° Extériorisation du grand épiploon. La plus grande portion possible du grand épiploon est attirée par la levre transversale de l'incision péritonéale, l'on suture ensuite le péritoine tout autour, par des points séro-séreux.

4° Fixation du lambeau épiploïque. La portion d'épiploon ainsi isolée est étalée entre les muscles de la paroi et le péritoine, son revêtement endothélial est détruit, afin de favoriser les adhérences. Puis les extrémités des lambeaux épiploïques sont fixées au catgut.

5° Suture des lambeaux musculo-cutanés. Ils sont suturés suivant les deux lignes d'incision par une suture à deux étages, la première comprenant muscles et aponévroses, au catgut, la seconde comprenant la peau, à la soie.

III. — FIXATION SOUS-CUTANÉE

Voici, d'après Alexandre, le procédé préconisé au début par Pascal, et assez rapidement abandonné par son auteur lui-même :

« Dénudation des muscles droits par dissection du péritoine et du tissu fibreux adjacent. Fixation de l'épiploon au-dessous de l'ombilic et sur les côtés en traversant toute l'épaisseur de la paroi. Suture de l'incision en attirant l'épiploon de façon à le prendre entre les muscles dénudés. »

B. — Procédé s'adressant au foie. — Hépatopexie.

Ce procédé consiste à fixer l'épiploon entre le foie et le diaphragme.

Rolleston et Turner sont les premiers à l'avoir employé. Alexandre le décrit en ces termes : « Après avoir pratiqué une incision oblique au niveau du bord antérieur du foie, on suture à la fois l'épiploon, le péritoine pariétal et le bord hépatique, en ayant soin d'insinuer entre le diaphragme et la face concave du foie le grand épiploon. »

Cette méthode est abandonnée aujourd'hui.

C. — Procédé s'adressant à la rate. — Splenopexie.

On a proposé tout d'abord de combiner la splenopexie à l'omentopexie, et Narath pratiqua cette opération le 2 juillet 1896 sur un malade qui avait subi l'omentopexie quatre mois auparavant. La rate présentait alors une hypertrophie considérable, on note, en effet, dans l'observation rapportée par Talma qu'elle atteignait le ligament de Poupart et que son bord antérieur se trouvait sur le haut de l'ombilic, à 9 centimètres à gauche. Attribuant cette hypertrophie à la stase veineuse, on proposa

la suture de la rate à la paroi abdominale. L'opération est rapportée en ces termes : « Dans la région splénique la peau est détachée des muscles sur une grande étendue, et la rate est solidement fixée dans le sac ainsi formé. » Deux ans après, l'ascite n'avait pas reparu et la rate était beaucoup plus petite qu'à l'époque de sa fixation. En 1902, Bunge pratiqua une splenopexie chez un malade traité précédemment par l'omentopexie, sans résultat appréciable.

La splénopexie simple ou combinée à l'omentopexie a donné des résultats favorables dans un certain nombre de cas.

**D. — Procédé s'adressant aux vaisseaux directement. —
Fistule d'Eck.**

Nous sommes loin ici de la timide dérivation de Talma, nous nous trouvons en face d'un mode opératoire tout différent.

Le précurseur de cette opération fut Eck, dont les travaux datent de 1887. Cependant, l'anastomose porto-cave demeura longtemps du domaine des laboratoires avec les recherches physiologiques de ce dernier, puis de Menki, Kaltren et Bielta (1899), de Massen et de Pawlow, de Tillman (de Berlin) (1899). Tansini, en 1902, après divers essais sur les animaux, osa préconiser chez l'homme cette opération d'une gravité extrême, l'abouchement termino-latéral de la veine porte à la veine cave, pensant qu'elle aurait une action plus efficace et plus rapide que l'omentopexie.

Elle fut exécutée une seule fois chez l'homme par Vidal (de Périgueux), en juin 1903. Si cet auteur réalisa chez

son malade l'exclusion du foie « c'est pressé par les circonstances, désirant à tout prix diminuer la tension porte et trouvant un épiploon tout au plus bon à réséquer ».

Voici la relation qu'il donne de son opération : « L'incision verticale terminée, je constate que l'épiploon se trouve réduit à une masse durcie, roulée en corde, du tiers au maximum de son volume normal, impossible à tirer en dehors, à plus forte raison à déployer pour fixation. Je songe alors à mettre en pratique le vieux plan proposé par Eck : l'anastomose porto-cave.

« Au sommet de mon incision verticale, j'en mène une autre horizontale en suivant le rebord costal; je relève largement le foie que je fais soutenir sur une large valve éclairant parfaitement le champ opératoire. L'hiatus de Winslow est libre, ce qui n'est pas fréquent dans les cas de ce genre, où des lésions du péritoine compliquent souvent l'affection primitive.

« Le rein droit, qui me gêne fort, est refoulé le plus possible; la veine cave est reconnue, soulevée après incision du péritoine pariétal, et l'hémostase est obtenue avec deux pinces souples chaussées de caoutchouc, écartées de cinq centimètres. Ces instruments me gênent, mais je n'ai rien de meilleur sous la main; la classique épingle à friser, recourbée convenablement, conviendrait, certes, beaucoup mieux. Puis, la veine porte est isolée de sa gaine épiploïque, d'ailleurs assez difficilement; l'hémostase assurée, je la coupe à un centimètre environ de sa bifurcation, et je ferme le moignon, par un simple surjet à points très rapprochés; le bout supérieur ne m'a semblé, d'ailleurs, avoir aucune tendance à saigner. Je m'assure que la veine porte arrive sans tiraillement au

contact de la veine cave, je l'incise dans sa longueur pour y glisser le bout portal. Je commence du côté gauche, qui deviendra inaccessible, les premiers points placés, ce qui sera le second surjet, en restant à quelque distance des lèvres libres des sections, et en gardant assez d'étoffe pour porter mon premier surjet tout en envaginant de plus le bout portal dans l'incision. Même manœuvre sur l'autre lèvre, dans l'ordre inverse cependant. Ce serait tout à fait analogue aux gastro-entérostomies par implantation terminale, si le moignon intestinal faisait saillie dans l'estomac. Les piquûres suintent à peine, les barrages levés, car la pression est presque nulle; la solution de gélatine achève de les étancher.

« Toilette, drainage et suture ordinaires.

« Durée : une heure quinze. »

Vidal ajoute les considérations suivantes : « Inciser parallèlement sur le bord inférieur de la cage thoracique, puis débrider en bas, faire relever le foie le plus possible, éclairer largement le champ opératoire, isoler et saisir quelques centimètres de la veine cave entre deux pinces caoutchoutées avant sa disparition dans l'échancrure du foie : il n'est là rien de bien difficile, malgré la profondeur du champ opératoire, malgré des voisinages gênants et notamment celui du rein. L'extraction de la veine porte de son repli épiploïque jusqu'à l'extrême voisinage de son point de bifurcation où on la sectionne en travers, la fermeture du moignon hépatique par une suture au fil de lin (aiguille très fine avec fil double); mettre le premier point sur le flanc du vaisseau et non pas sur la tranche, sont sans doute beaucoup plus délicates. Quant à la suture elle-même, après invagination de l'ori-

fice portal dans une boutonnière ouverte au flanc de la veine cave, elle n'offrirait rien de spécial, n'était la profondeur du champ opératoire; j'ai fait deux surjets perforants dont le premier prenait dans l'anse le bord libre de l'incision cave, le second sur les deux vaisseaux, se tenait à quelque distance des tranches de section; les deux parois veineuses se trouvaient donc en quelque sorte invaginées vers l'intérieur, rappelant certains procédés d'implantation intestinale. Quant au suintement qui se produit par les piqûres, il est d'abord minime, car la pression est presque nulle, et s'arrête rapidement en badigeonnant la jonction avec un peu de gélatine. J'ai drainé, et peut-être à tort, car j'avais toute confiance dans la qualité des sutures, et si la mienne n'eût pas tenu, ce que m'aurait montré le drain, je serais arrivé trop tard pour pouvoir rien tenter d'utile. »

Nous ajouterons que les suites opératoires ont été simples. Cependant, trois mois plus tard l'opéré mourut brusquement au cours de phénomènes dramatiques : grands frissons, coma, délire et mort en vingt-quatre heures. Vidal attribue le décès à des accidents de pyohémie.

Telle est la seule observation que nous possédions d'anastomose porto-cave.

Les résultats, comme on le voit, n'ont pas été heureux. C'est une opération reposant sur le principe des sutures vasculaires, mais de gravité moindre, que MM. Villard et Tavernier ont exécutée dernièrement. Elle va faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

Anastomose porto-cave, par suture ovario ou spermatico-mésentérique (Procédé Villard et Tavernier).

Dans leur communication (*Lyon Médical*, 1909), MM. Villard et Tavernier rapportent l'observation d'une malade chez laquelle, utilisant la méthode de Carrel, pour les sutures veineuses, ils ont, dans un cas de cirrhose malheureusement trop avancée, réalisé l'anastomose de l'ovarienne droite avec une branche de la mésentérique supérieure.

Voici du reste cette observation :

OBSERVATION

(VILLARD et TAVERNIER)

Cirrhose atrophique du foie (ascite). — Laparotomie. — Anastomose par suture de la veine ovarienne et d'une des branches de la mésentérique supérieure, dans la terminaison du mésentère.

M... Marie, 48 ans, entrée le 22 juin dans le service.

Père et mère morts, 3 frères et sœurs morts en bas-âge de convulsions. Pas de maladies antérieures.

Il y a trois ans, début de l'affection actuelle. La malade ressent des nausées et vomit fréquemment. Jamais de diarrhée ni épistaxis, ni aucune hémorragie, au dire de la malade. Elle nie l'éthylisme, mais avoue prendre de temps en temps un peu d'arquebuse.

Actuellement, teinte subictérique des téguments, avec rougeur des pommettes. Les conjonctives sont jaunes.

Du côté du ventre, ascite volumineuse. Circulation complémentaire. Ombrilic dévaginé. Flot très net. Sonorité dans la région sus-ombilicale, matité dans les flancs. Cette matité fait place à du tympanisme quand la malade se couche du côté opposé à celui percuté. Gros œdème mou et gardant l'empreinte du doigt, dans la région périmalléolaire, et au niveau de la partie inférieure de la jambe.

L'ascite est trop abondante pour sentir les limites du foie. Par la percussion cependant, la malade couchée sur le côté gauche, la limite inférieure de la matité hépatique semble plus élevée que normalement, et se trouve séparée de deux travers de doigt du bord inférieur des fausses côtes.

Urobilinurie (quantité appréciable).

Pigments d'acides biliaires (néant).

Intervention le 29 juin 1909. — Laparotomie (avec assistance de M. Tavernier). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Evacuation de l'ascite par aspiration. Après assèchement, on découvre la veine ovarienne droite, qui est très volumineuse, à parois épaissies, comme artérialisée. Il est plus difficile de rencontrer une veine mésentérique de calibre suffisant. Néanmoins, une d'elles est isolée au niveau de la racine du mésentère, dans sa portion terminale, au voisinage du cæcum. Cette veine, à parois très minces, est d'un calibre inférieur à celui de l'ovarienne. L'incision du feuillet postérieur du péritoine permet de découvrir les deux vaisseaux et de les isoler. Section après pincement hémostatique à distance; suture bout à bout des deux veines, par leurs bouts centraux. Réunion suivant la technique de Carrel, par suture au fil de lin. Celle-ci terminée, on

constate le passage libre du sang dans les deux vaisseaux. L'anastomose est étanche. Quelques points de suture, réunissent les lèvres de l'incision péritonéale au-devant d'elle. Fermeture de la paroi abdominale à trois plans.

30 juin. — La malade a passé une bonne nuit; le pouls est à 104. Température : 38°1.

3 juillet. — La malade meurt avec un pouls faible, et le ventre ballonné. Peut-être a-t-elle eu une thrombose de la mésentérique.

4 juillet. — Autopsie : on trouve une grosse quantité d'ascite déjà reproduite. L'anastomose veineuse est facilement découverte, il n'y a aucune thrombose des veines mésentériques. L'ablation du segment veineux montre une oblitération par un petit caillot au niveau de la suture. Foie granuleux de cirrhose typique. La mort a eu lieu par progrès de la cirrhose.

Comme le font remarquer MM. Villard et Tavernier, il ne semble pas que la mort de l'opérée doive être imputable à la méthode elle-même; c'était une femme très cachectique, et l'on connaît le peu de résistance des malades en état d'insuffisance hépatique avancée. D'autre part, ces auteurs ont établi, à la suite de l'autopsie, et des recherches anatomiques, les considérations suivantes : Le choix de la veine ovarienne ou spermatique doit demeurer, mais la veine du mésentère est d'un calibre et d'une minceur tels, qu'elle doit être abandonnée. Les veines de choix pour réaliser l'anastomose dans de bonnes conditions seraient l'utéro-ovarienne gauche, et le tronc mésentérique inférieur dans la région lombaire; leur parallélisme, à ce niveau, leur recherche, facilitée par le repère de l'uretère expliquent ce choix.

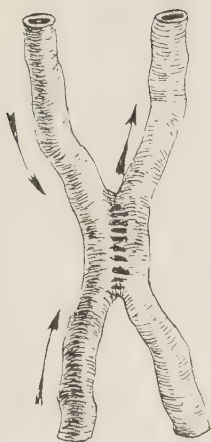
Nous reproduisons ci-joint un schéma de MM. Villard



Mésentérique



Ovarienne



Type I



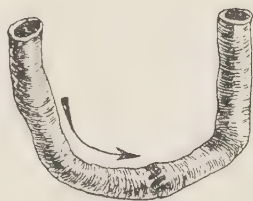
Type II



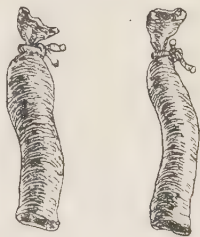
Type III



Type IV



Type V



Différents types d'anastomoses des veines mésentérique inférieure et ovarienne ou spermatique gauche.

et Tavernier représentant les diverses combinaisons possibles d'anastomoses entre ces veines; ces auteurs établissent leur préférence pour l'anastomose de la figure 3, soit anastomose termino-terminale du bout périphérique de la mésentérique avec le bout central de l'ovarienne.

Rapportons enfin la technique proposée par ces auteurs :

« Laparotomie latérale sur le bord externe du grand droit gauche, incision un peu longue, remontant en haut à deux travers de doigt au-dessus du niveau de l'ombilic. Evacuation de l'ascite lente mais complète, terminée au moyen d'un appareil aspirateur. Des compresses de gaze maintiennent les anses intestinales refoulées en dedans, l'anse sigmoïde en bas, le côlon descendant en dehors, elles limitent complètement le champ opératoire et découvrent le péritoine postérieur en dehors de la colonne.

« Incision longitudinale de ce feuillet immédiatement au-dessus des vaisseaux iliaques. L'uretère est reconnu, les vaisseaux utéro-ovariens sont découverts facilement en dehors de lui, mais très près de lui, surtout en haut de l'incision. La veine mésentérique est recherchée en dedans de l'uretère, elle en est plus éloignée que l'ovarienne.

« Les deux veines sont soigneusement dénudées sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Une ligature est posée sur l'ovarienne, une autre sur la mésentérique en haut.

« En haut de la dénudation de l'ovarienne, et en bas de celle de la mésentérique, sont placées des pinces d'Elsher à pression continue; on les choisira très douces, à cause

de la faible pression sanguine et de la fragilité des veines. Les veines sont coupées franchement en travers d'un coup de ciseau, au ras de leur ligature, de façon à conserver des segments longs et chevauchants, pour effectuer plus facilement l'anastomose. Les deux segments veineux sont vidés, lavés au sérum artificiel, à l'aide d'une fine pipette de verre, remplaçant l'aiguille d'un appareil à injection de sérum. Les bouts des veines sont légèrement vaselinés, et la suture termino-terminale est faite suivant la technique de Carrel, avec trois fils d'appui et des points perforants.

« Après vérification de l'étanchéité de la suture, l'incision du péritoine lombaire est suturée par un surjet au catgut, et la paroi abdominale refermée sans drainage. »

CHAPITRE V

Choix du procédé.

Des différents procédés que nous venons d'exposer, nous pouvons retenir, en somme, trois groupes : la fixation de l'épiploon, la fixation de la rate et les anastomoses vasculaires; l'hépatopexie n'ayant pas donné de résultats appréciables et étant à juste titre abandonnée à l'heure présente.

Il s'agit de savoir si ces opérations remplissent leur but, à savoir la création de communications vasculaires suffisantes.

L'omentopexie ne doit créer que des vaisseaux de petit calibre au niveau des adhérences, en raisonnant théoriquement et par comparaison avec les adhérences pathologiques. Nous n'avons trouvé que deux cas où, au cours d'autopsie, des vaisseaux de calibre important avaient été signalés au niveau de la suture de l'épiploon avec la paroi; mais il faut constater que dans l'un d'eux l'opération remontait à deux années; nous rapportons, par contre, une observation de M. Villard, suivie d'une autopsie très minutieuse, où l'on verra, au milieu de la zone d'adhérence, une circulation à peine ébauchée; en résumé, il semble que l'omentopexie ne crée pas de com-

munications vasculaires suffisantes, ou du moins que très tardivement, et nous ajouterons que cette opération est rendue parfois impossible par la rétraction de l'épiploon.

Voici tout d'abord les deux observations où furent relatées des anastomoses nettes entre l'épiploon et la paroi.

OBSERVATION

(DRUMMOND et MORISON)

22 octobre 1895. — *Cirrhose atrophique. — Ascite. — Omentopexie. — Drainage. — Guérison.*

Deux ans plus tard, la malade dut être opérée pour une hernie ventrale, et mourut de cette seconde intervention.

L'autopsie fut faite et on nota ce qui suit :

Autopsie. — Pièce présentée à la société médicale du Northumberland et de Durham, le 11 octobre 1898. On peut constater que le foie, la rate et les intestins, présentent avec les parois de nombreuses bandes d'adhérences, renfermant certaines, un vaisseau sanguin, parfois long de 4 pouces. L'épiploon est aussi relié à la paroi abdominale antérieure par de fortes bandes d'adhérences et un lacis d'innombrables vaisseaux, dont certains ont le calibre normal de l'artère radiale. Le plexus veineux sous-péritonéal forme un lacis large et épais.

Cette pièce est une démonstration des idées de l'auteur, sur la circulation anastomotique que provoque l'opération. Il est indiscutable aussi que l'opération a guéri l'ascite, et prolongé l'existence de la malade de deux ans. On peut voir encore que le foie est dégénéré et très atrophié sur la pièce, et que la rate est au moins quatre fois plus grosse qu'à l'état normal. Il est certain que l'obstruction de la circulation porte n'a rien à faire avec l'hypertrophie de la rate, dans ce cas du moins, car la nouvelle circulation anas-

tomotique est plus que suffisante pour compenser la diminution de calibre de la veine porte. Résultat de l'examen microscopique du foie, fait par le Dr Bolam : cirrhose typique, avec dégénérescence graisseuse externe des cellules. Tissu fibreux bien formé... Nombreux conduits biliaires nouveaux. La partie centrale du lobule présente quelques cellules normales.

Nous avons trouvé dans la thèse de Charlier cette observation de MM. Marchet, chef de clinique du professeur Le Dentu, et Clément, interne du service; nous en donnons quelques passages et le compte rendu de l'autopsie tout entier.

OBSERVATION

Ascite cirrhotique. — Omentopexie.

M^{me} Bob W..., âgée de 49 ans, entre le 21 septembre 1903, à l'hôpital Necker, salle Lenoir.

Alcoolique. Foie débordant de deux travers de doigt. Ascite.

Omentopexie pratiquée le 25 septembre 1905. Depuis lors, plusieurs ponctions furent pratiquées, le liquide s'étant reformé. La malade meurt le 25 décembre, présentant des œdèmes, de l'anurie, etc.

Autopsie. — Après avoir enlevé la masse intestinale, le foie et la rate, bref, tous les organes dépendant du territoire de la veine porte, nous observons le rein droit : il pèse 135 grammes, présente des rapports normaux entre la zone corticale et la zone médullaire.

La capsule se décortique bien.

Le rein gauche a le même poids et les mêmes caractères que le droit; il a, en outre, un aspect lobulé fœtal.

Annexes du côté gauche normales.

Du côté droit, kyste de l'ovaire, gros comme une petite mandarine, dont le contenu est une sorte de gelée verdâtre.

Le reste de l'ovaire est sclérosé.

Le poids de l'utérus et des annexes est de 120 grammes.

L'utérus seul pèse 65 grammes, l'utérus est légèrement fibromateux au centre.

Le gros intestin a les franges graisseuses très développées.

Le foie pèse 1.370 grammes; c'est un foie gras, parsemé de nodules jaunâtres, clouté en un mot. Sur des coupes colorées à l'hématoxiline, on constate un foie graisseux, sans dislocation de la travée hépatique, présentant une cirrhose périlobulaire très intense.

La rate est grosse (elle pèse 270 grammes); elle présente sur son bord antérieur de nombreuses incisures.

Nous n'avons pu injecter la veine porte, mais sur la pièce enlevée, nous avons pu séparer les différents plans de la paroi abdominale : muscles droits; gaine postérieure de ces muscles formée par le fascia transversalis et péritoine pariétal, ce dernier très adhérent au feuillet précédent, dans la région de l'incision épiploïque.

Nous avons remarqué, en outre, des adhérences de certaines parties de l'intestin au péritoine pariétal.

Enfin, dans la région où M. Marchet a fixé le grand épiploon, entre le péritoine et le fascia transversalis, nous avons constaté des anastomoses veineuses, très nettes, partant de l'épiploon, et allant se perdre dans les muscles de la paroi abdominale, en traversant le fascia transversalis. On trouve 8 à 9 veinules de la grosseur d'un catgut n° 4 ou 5, échelonnées de haut en bas, dans un même plan vertical. En outre, en examinant le péritoine, on voit qu'il est parcouru par de nombreuses arborisations partant du point où l'épiploon se trouve en contact avec la paroi abdominale antérieure, s'épanouissant dans cette membrane, et qu'il est traversé par quelques vaisseaux allant dans le fascia transversalis.

Voici maintenant une observation due à l'obligeance de M. Villard :

OBSERVATION

ANALYSE

M^{me} Augustine T..., 36 ans, rentre dans le service du Dr Villard, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire, le 28 septembre 1906.

Elle n'a jamais eu d'enfants. Depuis quatre mois, elle n'est plus réglée. Elle présente des hémorragies rectales et épistaxis fréquentes; son affection a débuté, il y a cinq mois, à la suite d'un voyage, dit-elle. Bonne santé jusqu'à cette époque. Elle constata tout d'abord une enflure généralisée (?) avec fièvre, et peu à peu de l'amaigrissement. Son ventre se mit peu à peu à grossir, ce qui fit croire tout d'abord à une grossesse. Mais ce ballonnement augmenta rapidement et atteignit un développement assez considérable. On constate un point douloureux au niveau du creux de l'estomac. A la percussion, on trouve au sommet du ventre une zone sonore, latéralement de la matité, se déplaçant avec les mouvements de la malade, traduisant sans doute une ascite légère avec ballonnement intestinal. Au toucher, on constate un utérus très élevé et douloureux.

Examinée le 3 octobre par M. Villard. Diagnostic clinique en suspens. Symptômes d'obstruction chronique de l'intestin, peut-être par bride, résultat d'anciennes lésions annexielles, dont on trouve la trace au fond du cul-de-sac postérieur. Second examen le 8 octobre. L'attention est attirée plus particulièrement du côté du foie, qui est très volumineux, non abaissé, et douloureux à la palpation. On songe alors à une cirrhose.

Intervention le 11 octobre 1906. — Laparotomie latérale droite (bord du grand droit), donne issue à une grosse quantité de liquide ascitique rouge sombre. Le foie apparaît

augmenté de volume avec une languette antérieure perçue pendant l'examen clinique. La vésicule est distendue, mais souple, non malade.

Omentopexie. Le grand épiploon, rétracté, difficilement mobilisable, est tassé entre les lèvres péritonéales de la plaie, et suturé à l'une et à l'autre de ces lèvres, en tampon. Réfection de la paroi au-dessus.

Pendant les jours qui suivent l'intervention, la malade ne semble pas améliorée, elle souffre beaucoup, mange peu, et l'ascite a plutôt tendance à se reproduire. Mais cet état général doit être attribué à des plaques de lymphangite réticulaire, apparues au niveau de la plaie ; il se constitue un hématome qui bientôt suppure et donne issue à un verre de pus environ. Depuis lors, la malade est soulagée, l'ascite diminue de quantité, on a de la sonorité à la percussion de tout l'abdomen, sauf au niveau des flancs.

Le 24 novembre, la malade, après quelques nausées, sans toux, rejette par la bouche une assez grande quantité de sang rutilant, d'autre part, la sœur dit avoir remarqué la veille, dans les vomissements de la malade, quelques caillots noirâtres. Injection d'ergotine. Dans la journée suivante, nouvelles hématoméses, qui anéantissent extrêmement la malade. Le pouls est à 140. Le 29 novembre, mort avec phénomènes d'hémorragie cérébrale ayant nécessité l'isolement.

Autopsie, 1^{er} décembre 1906. — L'autopsie montre la reproduction de l'ascite, liquide jaune assez clair, abondant (6 à 8 litres), avec, flottant au sein de ce liquide, des caillots légers, mous, presque mucoïdes, de fibrine.

Le foie est gris jaunâtre, rétracté, dur, verruqueux ; il n'a guère que les deux tiers de son volume ordinaire. Son aspect cirrhotique est incontestable.

La rate est petite, un peu dure, en somme peu touchée.

Les reins paraissent normaux.

Rien au cœur ni aux poumons.

Dans les territoires vasculaires périphériques de la veine

porte, il y a d'abondantes dilatations variqueuses. Le système de Retzius se montre en particulier distendu sur l'œsophage (portion abdominale), (on n'a pas vérifié quelle ulcération avait pu justifier les hématomés), sur l'estomac (grande courbure), dans les ligaments suspenseurs du foie, dans la zone d'adhérence des côlons (plus particulièrement).

L'intestin n'offrait de remarquable que son état œdémateux : la paroi en était très épaissie (intestin grêle seulement). Le gros intestin était très distendu, mais sans qu'il n'y eut nulle part coudure ou occlusion.

Zone opératoire. — L'intervention avait consisté à suturer dans l'épaisseur même de la paroi, en pleine graisse sous-péritonéale, le grand épiploon.

Vu par la peau, le champ opératoire était très reconnaissable aux cicatrices des sutures, à la pigmentation caractéristique ; la paroi ayant cédé tout entière, il y avait éventration.

Vu par l'intérieur de l'abdomen, on voyait l'épiploon tout entier tassé, très court et masqué par de nombreuses adhérences, se fusionner à la paroi. L'estomac et le côlon transverse étaient fortement attirés vers la droite, mais sans qu'aucune coudure n'en résultât. Tout autour de la zone de fusion de l'épiploon et de la paroi, il y avait comme une aréole de fines vésicules confluentes, mais formant une bande large au plus d'un centimètre. Ne pas oublier que la surface de fusion du grand épiploon et de la paroi formait une surface haute de 10 à 11 centimètres, et large d'environ 6 centimètres, à sa partie moyenne, la plus étalée, la plus distendue.

A la coupe horizontale on voyait très bien que toute la partie de l'épiploon, incluse dans la paroi, y avait pris vie, il s'était établi des adhérences totales sans l'ombre de sphacèle. Sur une coupe on distinguait très nettement la zone centrale, épiploïque, d'un jaune rougeâtre, la graisse sous-péritonéale périphérique d'un jaune plus vif, et entre les deux, les unissant très solidement, une zone intermédiaire,

d'un rouge intense, vrai feutrage de veines, ou du moins, zone de congestion intense, d'infiltration sanguine marquée. La couleur de cette zone intermédiaire rappelait absolument celle d'un peu de parenchyme pulmonaire.

Il semble bien qu'il y ait eu dans cette zone une tentative de fusion vasculaire entre le territoire portal et la circulation veineuse périphérique, mais il faut remarquer que nulle part, dans la peau, les muscles ou le reste du parenchyme adjacent, on ne voyait de dilatations veineuses paraissant indiquer une circulation veineuse supplémentaire en voie d'organisation. On voyait bien dans l'hypochondre droite de longues veines sous-cutanées remonter vers le thorax, mais elles existaient avant l'opération.

En somme, il y avait bien amorcé de voies de dérivation nouvelles entre l'épiploon et la paroi, mais le développement très évident d'anastomoses nouvelles au pourtour même de la zone omentopexiée ne paraissait pas avoir retenti sur la circulation du reste de la paroi; pas de tête de Méduse autour du foyer d'adhérences.

A noter que le fond de la vésicule avait dû être fixé par surprise en quelque sorte dans le travail de fusion de l'omentum à la paroi; le foie rétracté et remonté par suite du développement de l'ascite, la vésicule s'était étirée, allongée; elle avait plus de 15 centimètres de long; elle était amincie, vide, et ne renfermait de la bile qu'au voisinage de l'ampoule cystique.

La veine porte semblait plus étroite et plus dure que d'ordinaire.

Examen histologique. — Différents fragments ont été envoyés à la Faculté, au laboratoire d'histologie. Voici la réponse de M. le professeur Paviot.

Foie. — Cirrhose considérable, dans laquelle les portions scléreuses occupent sur les coupes plus de surface que les portions de parenchyme restant, et encore celles-ci sont-elles presque en totalité à l'état de vésicules graisseuses.

Rein. — Sans lésion.

Pancréas. — Pas de lésion, pas même le léger degré de sclérose, qui coïncide souvent avec la cirrhose hépatique. La rate présente seulement une grande richesse de la pulpe en sang, mais pas d'autres lésions notables.

Epiploon d'omentopexie. — Les coupes montrent d'abord des groupes de cellules géantes autour de tous les fils de soie; cellules géantes sûrement de la sorte qui se produit autour des corps étrangers, car elles sont congglomérées autour des fils, et elles offrent des dimensions très inégales, des noyaux diffus, non en couronne ou polaires.

Mais une inflammation intense à petites cellules rondes règne partout. On ne voit encore aucun gros vaisseau, simplement quelques fentes vasculaires comme dans le tissu de granulation. Les formations sont là, en pleine activité.

Quant à savoir s'il y a des anastomoses avec les veines de la paroi, une injection seule pourrait répondre, mais non l'examen histologique simple.

Si l'on admet que l'omentopexie n'est pas un procédé suffisant, en tant qu'anastomoses vasculaires, ce principe doit s'étendre également à la splénopexie; car, si la conception théorique qui a guidé les opérateurs est basée sur l'idée de fixation d'un organe extrêmement vascularisé comme la rate, beaucoup plus riche en vaisseaux que l'épiploon, le résultat ne doit pas être supérieur. Il serait bon, en effet, si les vaisseaux de la rate rencontraient dans la paroi leur équivalent, ce qui n'est pas. Il doit donc se créer au niveau de la zone d'adhérences un tissu de cicatrice d'une vascularisation bien peu supérieure à celle des adhérences épiploïques, et, en effet, nous n'avons pas trouvé relatées d'anastomoses larges. Il résulte donc que si l'on veut réaliser la véritable idée

de Talma, il faille recourir à l'anastomose large de deux systèmes vasculaires; mais est-il nécessaire pour cela de recourir à la fistule d'Eck ? La gravité extrême de cette intervention la fait condamner par Vidal lui-même.

Nous rapportons ici les commentaires mêmes de cet opérateur concernant son observation d'anastomose porto-cave :

« Une question se posa bientôt : comment se passeraient les choses à la reprise de l'alimentation ? Allions-nous observer les accidents typiques qu'avaient signalés Eck et les physiologistes russes sur les animaux fistulisés ? L'élaboration des albuminoïdes dans le tractus digestif donne lieu, on le sait, à une abondante production de substances ammoniacales, toxiques pour l'organisme quand le foie n'est plus là pour parer au danger en les transformant en urée et autres déchets éliminés. Des essais très prudents de retour à l'alimentation résolurent vite la question : quelle que restreinte qu'en fût la dose, ils produisirent des sueurs, du tremblement musculaire, une anxiété intense, de l'arythmie cardiaque, bref, un début caractérisé d'intoxication ammoniémique, et le sujet dut revenir à l'absorption presque exclusive de substances grasses et hydrocarbonées (sucres, farines diverses, pomme de terre, etc.). C'était là un premier danger de l'exclusion totale.

« L'infection généralisée, d'origine intestinale, en était un autre plus grave, que j'avais négligé, je l'avoue, de faire entrer en ligne de compte. Et mon malade est mort avec des accidents de pyohémie bien nets, démontrant jusqu'à l'évidence que la muqueuse intestinale n'oppose pas toujours à l'invasion des bactéries une barrière étan-

che. Le fait clinique que je rapporte, s'il confirme encore sur ce point nombre d'expériences souvent citées, condamne du même coup ma tentative opératoire.

« C'est à des opérations moins larges, comme l'omentalopexie qui filtre mieux le sang portal et le met peut-être en contact avec des éléments bactéricides, qu'il faudra recourir lorsque l'hémathémèse conduira à diminuer la pression dans le système porte. »

La fistule d'Eck doit donc être rejetée, à cause de la dérivation totale du sang portal, à cause aussi de ses difficultés opératoires.

Ce sont ces considérations qui nous font espérer la possibilité de résultats meilleurs obtenus par une dérivation partielle, d'après la méthode proposée par MM. Villard et Tavernier, et bien qu'il faille attendre, pour la juger, des faits ultérieurs.

CHAPITRE VI

Résultats cliniques de l'opération de Talma et ses indications.

Nous ne considérons certes pas l'opération de Talma comme un traitement de la cirrhose elle-même; il est bien évident que l'intervention chirurgicale n'a aucun effet sur les lésions constituées de la cellule hépatique. Mais à côté des altérations du foie, il y a un phénomène secondaire qui est l'hypertension porte, qui, sans être la cause initiale de la cirrhose, en est la conséquence, et peut entraîner un certain nombre de troubles et d'accidents susceptibles d'être améliorés par une opération. Ces troubles sont la diarrhée, les hémorragies (hématémèse, hémorragies gastro-intestinales), l'ascite peut-être. Nous allons étudier leur évolution à la suite des opérations et les résultats heureux, suffisamment nombreux, que nous avons réunis constituent une justification de l'opération de Talma ou de ses dérivés. Dans un précédent chapitre, et en nous confinant dans le domaine théorique, nous avons essayé cette démonstration; nous allons la reprendre à présent sous le contrôle des faits.

Nous passerons successivement en revue les différents symptômes de l'hypertension portale, troubles gastro-in-

testinaux, hématomèses et hémorragies gastro-intestinales, ascite.

Les chirurgiens mentionnent rarement dans leurs observations l'effet de l'intervention sur les troubles gastro-intestinaux. Cependant Alexandre rapporte dans sa thèse une observation de Terrier relatant le résultat heureux de l'opération de Talma sur des phénomènes diarrhéiques.

Les effets bienfaisants de l'omentopexie sur les hémorragies gastro-intestinales sont relatés dans cette courte observation de Bunge, rapportée dans la thèse de Charlier :

« Cirrhose avec violentes hémorragies stomacales et intestinales, et légère ascite. Par suite de l'omentofixation, les hémorragies ont disparu, ainsi que l'ascite. »

Voici deux observations tout à fait concluantes au point de vue du rôle bienfaisant de la dérivation sur les hématomèses; il est vrai que le résultat heureux ne s'étendit pas à l'ascite.

OBSERVATION

(VIDAL)

P... Jean, 43 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté, il y a un an environ, parce que son ventre grossissait rapidement et qu'il venait d'avoir, la journée précédente, un vomissement sanglant assez abondant. Il n'avait éprouvé, jusqu'à cette époque, que quelques troubles assez légers, caractérisés surtout par des alternatives de constipation et de diarrhée, et un manque presque absolu d'appétit. On lui a déclaré que son foie est malade,

et l'on institue un traitement basé sur le régime lacté, la suppression de tout alcool, et l'emploi des pilules classiques de scille, scammonée, digitale.

L'ascite augmentant néanmoins, on doit, trois mois plus tard, faire une première ponction, qui s'est répétée depuis environ une fois toutes les six semaines. L'hématémèse n'a pas reparu jusqu'en novembre 1898. Le mois suivant, je l'examine.

Ventre énorme, distendu par le liquide et qui contraste avec la maigreur squelettique du reste du corps. Circulation collatérale nettement développée; un peu d'œdème des malléoles. L'ascite m'empêche de délimiter nettement le foie, que l'on me dit être rétracté et se cacher sous les côtes, après évacuation. Rien d'anormal dans les urines; glycosurie alimentaire expérimentale. Pas de souffle cardiaque, mais un bruit de diable intense dans les vaisseaux du cou.

Etat général déplorable; malade très affaibli présentant tous les signes d'une anémie aiguë; il y a, en effet, depuis un mois environ, des hématémèses abondantes et répétées, que rien n'a pu calmer; selles régulièrement semi-liquides et de couleur marc de café.

C'est, en somme, l'anémie aiguë qui menace très directement ce malade; c'est surtout contre l'hématémèse qu'un traitement actif s'impose. Songeant à diminuer la pression dans le système porte, facteur important des ruptures variqueuses, je propose l'omentopexie qui est acceptée (20 décembre 1898).

Opération. — Anesthésie superficielle. Incision verticale commençant au niveau du rebord costal, sur la ligne mammaire, et descendant de 15 centimètres environ vers le bassin.

L'ascite se vide, et me montre que le foie rétracté est libre d'adhérences avec les parties voisines. Pas de granulations visibles sur le péritoine. Epiploon presque normal, qui se laisse facilement extérioriser et prendre dans une suture fermant la séreuse.

Il y a 10 à 12 centimètres environ du manteau épiploïque au dehors ; je l'insère entre le péritoine et le fascia décollé, à droite de la ligne d'incision ; je le fixe au plan musculo-aponévrotique et je referme sans drainage. L'opération entière ne dépasse pas un quart d'heure. Suites opératoires bonnes, malgré la continuation des hématomés, grâce à l'emploi *larga manu* du sérum artificiel. Cicatrisation facile.

A partir de la deuxième semaine, les hémorragies diminuent ; au dix-huitième jour, elles ont disparu tout à fait et l'on constate nettement la présence autour de l'ombilic, de veines assez volumineuses, apparues depuis quelques jours, mais l'ascite semble se reformer.

Six semaines plus tard (deux mois environ après l'intervention), l'état général est très amélioré ; *les hématomés n'ont pas reparu*, les muqueuses se sont recolorées, le souffle vasculaire s'est éteint, mais l'ascite se reforme assez vite ; le malade part en Bretagne et m'informe le mois suivant qu'il a dû se faire ponctionner de nouveau ; on recommence en mai 1899. Peu après, il contracte une pneumonie (?), dont il meurt en quelques jours.

OBSERVATION

(VIDAL)

N... Antoine, 34 ans. Cirrhose alcoolique datant de dix-huit mois, bien traitée jusqu'alors, paraissant tendre vers une période d'hypertrophie compensatrice. Ascite d'abondance moyenne ; anémie aiguë provenant d'hématomés presque sans rémission qui, depuis sept semaines, saignent peu à peu le malade. On me demande si une intervention ne pourrait mettre fin à ce symptôme très menaçant. Je songe à l'omentopexie, dont j'avais retiré ailleurs un résultat satisfaisant, et j'opère fin juin 1903. (Suit le manuel opératoire)

Pas d'incidents notables durant la convalescence

Au début d'octobre, *aucune hématomèse ne s'était reproduite*, mais l'ascite, depuis six semaines, se collectait de nouveau. L'état général, néanmoins, était assez satisfaisant, lorsque tout récemment le malade, qui se trouvait dans le Midi, fut pris d'accidents brusques, sur lesquels j'ai peu de détails, mais qui semblent assurément de nature pyohémique : apparition soudaine de grands frissons répétés, suivis de sueurs profuses, alternance de coma et de délire, dénouement dans les vingt-quatre heures ; tout le fait d'autant plus supposer qu'aucun appareil organique n'était directement atteint.

Ces observations ne constituent-elles pas en faveur de l'opération de Talma un plaidoyer suffisant. Personne ne niera l'influence bienfaisante de la dérivation sur les hémorragies au cours d'une cirrhose alcoolique ; il convient à présent d'examiner si les résultats heureux de cette même dérivation s'étendent également à l'ascite, signe important de cirrhose, mais symptôme très discutable de l'hypertension portale. Ici les observations sont légion, et cela se comprend facilement, presque toutes les opérations de Talma ayant eu la disparition du phénomène ascitique comme objectif.

Dans la thèse de Leport (juillet 1902), on trouve citées 53 opérations. Lejars, en 1903, apporte 23 nouvelles interventions, soit 76 en tout, qui donnent les résultats suivants : 28 guérisons (*c'est-à-dire guérison de l'ascite*) : 14 améliorations notables ; 36 insuccès (mort ou amélioration de quelques semaines). Alexandre, dans sa thèse (1903), a réuni 109 observations et a noté : 38 guérisons ; 20 améliorations ; 14 récives et 35 morts. Monprofit, au Congrès de chirurgie de 1904, apporte 224 observations

d'opérations de Talma, pratiquées uniquement pour des cirrhoses. Nous extrayons de son rapport un tableau où l'on trouve les données statistiques suivantes :

Morts (84 cas)	{	Opératoires	42 cas.
		Post-opératoires	42 —
Guérisons opératoires (129 cas).	{	Récidives	25 cas.
		Améliorations	26 —
		Guérisons	70 —
		Malades non suivis	8 —
Résultats inconnus			11 cas.

Ces chiffres donnent un pourcentage de 35 p. 100 de guérisons complètes.

Lieblein (Prague) nous fait connaître la statistique de ses interventions :

Sur 12 malades atteints de cirrhose du foie et chez lesquels cet opérateur pratiqua l'omentopexie, on trouve 4 morts par péritonite, un cinquième opéré emporté par une pneumonie quelques jours après sa sortie de l'hôpital; 7 malades opératoirement guéris, mais chez 4 d'entre eux pas ou peu d'amélioration; 3 opérés enfin (soit 25 p. 100) ayant donné un résultat pleinement satisfaisant. Depuis treize, dix-huit et vingt-deux mois, ces malades n'ont pas vu l'ascite se reproduire.

Maiocchi (Milan) rapporte les faits suivants : Il a choisi 17 cas observés à l'hôpital de Milan, et où le diagnostic de cirrhose était sûr.

Sur ces 17 malades, 6 ont été opérés par la méthode typique de Talma, et 11 par la méthode de Schiassi. 10 ont succombé plus ou moins longtemps après l'intervention, sans avoir été améliorés; 7 sont encore vivants, mais parmi ceux-ci, 4 seulement peuvent être considérés

comme guéris; depuis plusieurs années l'ascite a disparu et le fonctionnement hépatique est bien meilleur au point de vue de l'uréopoièse.

Kozlovsky (Saint-Pétersbourg) a réuni 59 cas d'omentopexie pratiquées par des chirurgiens russes. Les résultats favorables au nombre de 15, se caractérisent, d'après cet auteur, par l'augmentation de la sécrétion urinaire, la diminution de l'ascite, parfois même sa disparition complète.

Relevons enfin l'opinion de Koch, au Congrès international de chirurgie de Bruxelles, en 1908. Cet auteur admet que, dans les cas de cirrhose atrophique du foie, l'ascite et les hémorragies gastro-intestinales peuvent être supprimées par l'omentopexie.

Mais à côté du témoignage de ces auteurs, à côté de ces statistiques, il nous a semblé opportun d'apporter quelques observations choisies parmi les plus typiques, deux d'entre elles inédites, dues à l'obligeance de M. Villard. Nous croyons que leur lecture peut diminuer les doutes qui n'ont cessé de planer sur le rôle de l'opération de Talma, dans la disparition de l'ascite au cours des cirrhoses.

OBSERVATION

(VILLAR, de Bordeaux.)

Ascite cirrhotique. — Opération de Talma. — Guérison.

M^{me} X..., âgée de 69 ans; depuis plusieurs mois elle a perdu l'appétit, elle a maigri, et a vu son ventre augmenter de volume progressivement. Je vois la malade en consultation avec M. le professeur Masse, vers le 20 septem-

bre 1900, et je constate l'existence d'une ascite assez abondante; le déplacement de la malade ne faisait pas varier les zones de sonorité et de matité, nous nous étions même demandé si nous n'avions pas affaire à un kyste de l'ovaire. La percussion du foie révélait une diminution du volume de l'organe.

Nous décidons d'intervenir, et j'opérai la malade le 25 septembre. Après avoir ouvert le ventre et laissé couler le liquide ascitique, je vais à la recherche de la cause de l'ascite; je ne trouvai aucune lésion des organes abdominaux, mais le foie était petit et granuleux.

Je pratiquai l'opération de Talma; pas de suites opératoires; la malade quitte ma maison de santé au bout de vingt jours.

J'ai revu cette malade à la fin du mois de juin dernier (1904). L'état général est excellent, l'ascite n'a pas reparu, on ne se douterait certainement pas de l'âge réel de la malade, le foie reste un peu atrophie.

OBSERVATION

Omentopexie dans un cas de cirrhose vasculaire hypertrophique avec 30 litres d'ascite (L. Maire, de Vichy). — « Centre médical », janvier 1907.)

Une femme de 45 ans, éthylique, buvant depuis de nombreuses années, 5 à 6 litres de vin blanc par jour, non compris les petits verres d'eau-de-vie de marc, vint consulter M. Maire. Cirrhose hypertrophique. Ascite énorme, dominant autour de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, 1 m. 62. Sous anesthésie générale à l'éther, le Dr Maire fit une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Il recueillit ainsi un peu plus de 30 litres de liquide. Le foie était énorme, violet, bosselé, comme un rein de fœtus. La face antérieure de l'épiploon, ainsi que le péritoine pariétal antérieur, furent frottés avec une compresse stérile, sèche. Puis

ces deux pièces furent unies par une douzaine de points à la soie. Suture de la paroi à trois plans. Suites normales. La malade se lève le vingt et unième jour et sort le vingt-quatrième.

Malade revue un an après. L'abdomen pend comme un tablier sur les cuisses. La palpation et la percussion montrent qu'il ne contient plus de liquide.

OBSERVATION (résumée)

SHERREN (Londres).

Malade vue six ans après l'exécution d'une omentopexie pour ascite due à la cirrhose hépatique (Soc. roy. de méd. de Londres, avril 1909).

Une femme de 34 ans, présentant une ascite abondante, un foie affleurant le rebord thoracique, une rate volumineuse, pas d'ictère.

Laparotomie : foie typique de cirrhose alcoolique, rate ferme, avec capsule épaissie, présentant quelques taches blanchâtres à la surface, et des adhérences épiploïques. Pas trace de tuberculose péritonéale. On décolle le péritoine pariétal de la paroi abdominale, derrière les muscles droits. Dans les deux poches comprises entre ceux-ci et le péritoine décollé, on introduit et on fixe l'épiploon. Drainage pendant trois semaines.

Au bout d'un mois, la malade sort guérie de l'hôpital, et sans ascite. Elle a eu un enfant dans la suite. L'hypertrophie de la rate disparut graduellement.

OBSERVATION

(VILLARD, Lyon.)

M. C..., 64 ans, pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Robuste, bonne santé générale jusqu'en 1900. Pas de syphilis. Peut-être un peu d'éthylisme. En 1900, appa-

rition des symptômes d'une cirrhose atrophique : amaigrissement, troubles digestifs, crises de diarrhée, hémorragies nasales répétées, ascite. Cette ascite devient rapidement très abondante et nécessite dès la fin de l'année 1900 quatre ponctions. En 1901, onze ponctions sont nécessaires, en 1902, vingt-quatre nouvelles ponctions. Ces ponctions sont nécessitées par le développement considérable du ventre, qui gêne la marche par son poids et sa proéminence, et oblige même le malade à porter une ceinture abdominale avec suspension scapulaire. Notons qu'à chacune des évacuations, on retire une moyenne de 15 litres de liquide. En outre, une hernie ombilicale s'est constituée sous l'influence de la distension; elle contient uniquement du liquide ascitique, et inquiète fort le malade, qui, au début de 1902, vient demander au Dr Villard de le débarrasser de cette hernie, et de tenter aussi chez lui « l'opération de Talma ». Cette double opération est refusée, en raison de l'état général qui est mauvais, et d'une myocardite très accentuée avec crises d'asystolie.

En juillet 1902, des phénomènes d'étranglement épiploïque se produisent au niveau de la hernie ombilicale et s'accompagnent d'un phlegmon de la paroi avec état général extrêmement grave. Le Dr Villard se contente de pratiquer le débridement du phlegmon pariétal, respectant soigneusement l'épiplocèle adhérente, qui s'est produite, réalisant spontanément l'opération de Talma, souhaitée par le malade.

Contrairement à toutes les prévisions, le malade guérit de ces accidents.

En 1903, l'ascite persiste et réclame encore 27 ponctions, mais à partir de ce moment, celles-ci s'espacent, 19 sont nécessaires en 1904, 2 sont faites en 1905, et à partir du 10 février de cette même année, l'ascite ne se reproduit plus. La santé du malade s'améliore très notablement.

Le 13 juillet 1906, le malade succombe à une hémorragie cérébrale précédée d'une hémorragie intestinale.

(Nous tenons à remercier ici le docteur Chaix, de Bourgoin, qui nous a très aimablement communiqué ses notes sur ce malade.)

Cette observation mérite de retenir l'attention à plusieurs points de vue.

D'abord en raison de l'énorme production d'ascite réalisée chez ce malade: on a dû évacuer, en effet, *1.300 litres en quatre ans et en 87 ponctions*.

C'est certainement là un cas rare de cirrhose à évolution lente, à prédominance ascitique. Deuxièmement, nous avons assisté à la production d'un Talma spontané par épiplocèle ombilicale étranglée, et il semble bien que celle-ci ait eu une heureuse influence sur l'évolution de l'ascite, car si l'année suivante de nombreuses ponctions ont encore été nécessaires, on voit ultérieurement le liquide diminuer progressivement pour disparaître complètement, et l'on est en droit de penser que l'intervalle qui a précédé la diminution des symptômes a été nécessaire à la constitution d'anastomoses vasculaires suffisantes pour créer une voie de dérivation porte efficace.

Le malade, avant sa mort, a bien présenté cependant une hémorragie intestinale, paraissant montrer une augmentation de la tension portale, mais comme il a succombé, peu après, à une hémorragie cérébrale, on est en droit de conclure que l'une et l'autre étaient sous la dépendance d'altérations vasculaires générales.

OBSERVATION

(VILLARD, de Lyon.)

M^{me} R..., 30 ans, entré le 24 décembre 1908, dans le service de M. Villard. Bonne santé antérieure, cependant al-

buminurie depuis l'âge de 8 ans, d'étiologie indéterminée. Réglée à 17 ans, régulièrement. Mariée, a eu 2 enfants, l'un prématuré, mort au bout de vingt-quatre heures, le second mort en nourrice à 4 mois. Pas d'éclampsie lors des couches. Ethylisme certain.

L'affection actuelle remonte à trois mois. Elle débuta par des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. La malade remarqua une petite tumeur du volume d'une noix, sous le rebord costal droit, qui augmenta peu à peu de volume. L'abdomen devint lui aussi plus volumineux.

À l'entrée dans le service, l'état général de la malade est bon; on ne constate pas d'amaigrissement. Ascite nette. Le foie déborde le rebord costal d'un travers de doigt. La malade présente du délire et doit être isolée quelque temps. Elle rentre dans le service le 5 janvier 1909, son état mental est devenu satisfaisant.

9 janvier 1909. — Intervention. Laparotomie médiane : on trouve un gros foie avec des lésions de cirrhose peu avancée. Peu d'ascite. On ne l'évacue pas. Suture de l'épiploon au péritoine pariétal. Libération d'adhérences entre la vésicule et le duodénum.

À la fin de janvier, la malade quitte le service.

Le 1^{er} novembre 1909, nous apprenons que notre opérée se porte très bien.

En face de l'ensemble de ces faits, il semble bien que nous sommes en droit de conclure que l'ascite est une indication opératoire, au moins relative, ce qui cadre bien avec l'exposé des considérations théoriques, en admettant qu'on favorise la disparition de l'ascite, en enlevant la part qui revient, dans sa production, à la stase porte.

À un autre point de vue, les indications opératoires doivent relever de la forme de la cirrhose. Celles qui présentent des signes rapides d'insuffisance hépatique, uro-

bilinurie, des hémorragies dyscrasiques, ne supportent pas les interventions.

Les cirrhoses à évolution lente, par contre, avec grosse hypertension portale, à production d'ascite abondante, mais non cachectisantes, et soulagées par les ponctions, comme celle que nous rapportons plus haut, ayant nécessité 87 ponctions, paraissent heureusement influencées par l'opération de Talma.

Aussi devra-t-on, avant d'intervenir, se renseigner sur l'état de fonctionnement du foie, car, comme il ne s'agit que d'une opération palliative, sans action sur la cellule, il ne faut pas intervenir chez les malades sans résistance; et, en fait, les observations démontrent une grosse mortalité. En un mot, avant de poser les indications opératoires, le chirurgien devra rechercher l'ensemble des signes qui permettent d'apprécier l'état de la cellule hépatique; il emploiera à cet effet divers procédés chimiques, bien établis à l'heure actuelle, que nous passerons brièvement en revue.

Il conviendra de rechercher le coefficient d'utilisation azotée, dans les urines du cirrhotique. Lorsque ce dosage donnera une hypoazoturie accentuée, le clinicien saura qu'il est en présence d'une insuffisance hépatique grave.

La présence d'albuminurie dans les urines d'un malade atteint de cirrhose a été considérée par Teissier comme un signe d'hypofonctionnement ou d'insuffisance de la cellule hépatique.

L'urine normale ne contient pas de glucose, la présence du sucre dans les états pathologiques du foie traduit une altération morbide de la cellule hépatique.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire, ou épreuve de Colrat, sera donc d'un grand secours, mais il conviendra auparavant d'éprouver la perméabilité rénale au moyen du bleu de méthylène et de la phloridzine, comme l'ont conseillé MM. Achard et Castaigne, Mongour et Gentès.

Enfin les procédés, étudiés surtout par M. Ferranini, dans le détail desquels nous ne pouvons entrer, et constituant l'étude de la lipolyse, sans être d'une pratique courante, mériteront cependant d'attirer l'attention du clinicien, car ils constituent un moyen de contrôle précieux de l'insuffisance hépatique.

CONCLUSIONS

I. — L'opération de Talma, bien que décriée dans ces dernières années, paraît justifiée cependant en tant qu'opération palliative.

II. — Sans action sur les altérations du parenchyme hépatique, que celles-ci relèvent de la sclérose ou d'inflammations, telles que la syphilis ou la tuberculose (Poncet), elle s'adresse aux accidents imputables à l'hypertension du système porte.

III. — Parmi les procédés employés pour réaliser les idées de Talma, ceux qui utilisent les adhérences viscérales (omentopexie, splénopexie) semblent ne donner que des voies de dérivation aléatoires et souvent insuffisantes.

IV. — A côté de la fistule d'Eck, pratiquée une seule fois (Vidal), peut prendre place la suture bout à bout des branches des systèmes porte et cave (Villard et Tavernier); cette opération sans gravité réalisant une large voie de dérivation.

V. — Les meilleures veines à anastomoser sont l'ova-

rienne ou la spermatique, avec la mésentérique inférieure dans la région lombaire gauche.

VI. — Les indications de cette opération seront tirées des symptômes de l'hypertension porte (hémorragies gastro-intestinales, diarrhée, ascite). Les contre indications relèveront du degré de l'insuffisance hépatique.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A: PONCET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 6 novembre 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nous nous bornerons à donner les indications bibliographiques depuis 1905.

Le rapport de Monprofit sur le traitement chirurgical de la cirrhose du foie présenté au XVII^e Congrès français de chirurgie (octobre 1904), contient une bibliographie complète de la question jusqu'à cette date.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine, tome IV.

JAYLE. — Congrès français de chirurgie, octobre 1904.

KOGZOLSKY (Saint-Pétersbourg). Roussky Viatili, 1908, n^{os} 50, 51 et 52.

KOCH. — Congrès international de chirurgie (Bruxelles, 1908).

LE GENDRE. — Opération de Talma. (*Courrier méd.*, LVII, 1, 1907.)

LIEBLEIN (Prague). — Contribution clinique à l'opération de Talma. (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 1908, t. XVIII, fasc. 5, avril.)

MAIocchi (Milan). — La cure chirurgicale de la cirrhose hépatique (*Clinica chirurgica*, 1908, tome XVI, fasc. 1, janvier.)

MAIRE. — Omentopexie dans un cas de cirrhose vasculaire hypertrophique avec 30 litres d'ascite. (*Centre méd.*, XII, 239, 1907.)

MONGOUR. — Traité des maladies du foie.

MONPROFIT. — Rapport sur le traitement chirurgical de la cirrhose du foie. (17^e Congrès français de chirurgie, octobre 1904.)

MORAT et DOYON. — Traité de physiologie.

SHERREN (Londres). — *Société roy. de méd. de Londres*, avril 1909.

VENOT. — Omentopexie pour ascite cirrhotique. (*J. de méd. de Bordeaux*, 137.)

VILLAR. — Traitement chirurgical de l'ascite cirrhotique. (Congrès français de chirurgie, octobre 1904.)

VILLARD et TAVERNIER. — Anastomose porto-cave par suture ovario ou spermatico-mésentérique. (*Lyon médical*, 1909.)
